

List de Medicamentos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ última actualización: _____

Guarde siempre esta forma con usted. Por favor dé una copia a su contacto de emergencia. Actualizar esta lista cuando cambian los medicamentos. **Incluya TODOS los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas, gotas para los ojos, cremas, suplementos de hierbas, parches, inhaladores, insulina, etc.**

	Nombre de la medicacion (Nombre de la copia directamente de la botella)	Dosificatción (2mg, 1stp, 2 drops, etc)	Con qué frecuencia (Dailey, todas las noches, según sea necesario, etc.)	Hora del día tomada	Razón (Por qué está tomando)	Prescripción de MD (prescriptor)	Actualmente tomando?
	(EJEMPLO) Ibuprofen	400 mg	2x a day	1 p.m.	Dolor leve	El nombre del doctor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15							<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No